

Talleres simultáneos

Casos clínicos de TDA/H. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adolescentes

A. FERNÁNDEZ JAÉN

Hospital la Zarzuela. Fundación Educación Activa. Madrid

INTRODUCCIÓN

El TDA/H es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes, con una prevalencia del 4-6%. Los síntomas cardinales de este trastorno son la hiperactividad, la impulsividad y el déficit de atención. Todos estos síntomas están presentes en etapas preescolares, con frecuencia se hacen más manifiestos en la edad escolar y, habitualmente, se mantienen durante la adolescencia.

Sin embargo, es excepcional que la familia acuda a la consulta del pediatra con el diagnóstico sintomático realizado, lo cual obliga al especialista a indagar ante diferentes síntomas que pueden ser secundarios a las manifestaciones señaladas o asociadas al propio trastorno. Mientras que las expresiones conductuales y dificultades académicas son una constante durante la infancia y adolescencia, las consecuencias y asociaciones de las mismas pueden ir cambiando; con frecuencia observamos comportamientos oposicionistas desde la infancia a la adolescencia, trastornos específicos del aprendizaje lecto-escritor que se hacen marcadamente evidentes a partir de los 6 años, enuresis nocturna que con frecuencia se mantiene hasta los 10-12 años de edad, especialmente en varones... No obstante, las manifestaciones del TDA/H en el adolescente y adulto joven pueden ser distintivas de este período: problemas con la autoridad, consumo de sustancias tóxicas, accidentes con motos y coches...

PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA (AP)

Un abordaje adecuado del TDA/H desde la AP debería recoger dos apartados, el diagnóstico y el terapéutico. En el primer punto, el médico necesitaría tener protocolizado dentro del seguimiento del niño y adolescente sano, un apartado de salud psico-educativa apropiado para cada edad, que recoja síntomas o consecuencias propias del TDA/H (¿tiene un buen comportamiento?, ¿su rendimiento académico es bueno?, ¿fumador?, ¿consumo de alcohol u otras sustancias?, ¿accidentes frecuentes, atropellos...?). Pero, a la vista de lo expuesto, el médico debe estar familiarizado con esos otros síntomas paralelos o colaterales para iniciar un diagnóstico de sospecha cuando desde la familia, o indirectamente desde la escuela, se expresen comentarios inapropiados a la edad del individuo ("retador", "vago", "inmaduro"...). El seguimiento del niño desde etapas precoces de su desarrollo, y las revisiones periódicas, aportan igualmente al profesional de una medida observacional que, con frecuencia otros especialistas no tienen. Finalmente, atendiendo a la formación del médico, y con los instrumentos que tenga a su disposición, podrá plantear un dictamen final o remitir al paciente al especialista de área que pueda delinear este diagnóstico definitivo.

Desde el punto de vista terapéutico, en relación a la formación apuntada, el médico podrá iniciar el asesoramiento

Correspondencia: Dr. Alberto Fernández Jaén. Neuropediatría. Hospital La Zarzuela. Fundación Educación Activa. Madrid
Correo electrónico: aferjaen@telefonica.net

© 2007 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León
Éste es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-NoComercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

to familiar en cuanto a las medidas psicoeducativas más adecuadas (dirigidas, tanto hacia el paciente, como hacia la propia familia), empezar con el tratamiento farmacológico más conveniente o, al menos, realizar una supervisión estrecha de los beneficios o consecuencias de las medidas tomadas, ya sean farmacológicas o no.

DIAGNÓSTICO DEL TDA/H EN EL ADOLESCENTE

El diagnóstico del TDA/H es exclusivamente clínico, y debe estar sustentado en la presencia de los síntomas característicos del trastorno, respaldado por una clara repercusión académica y/o social, tras haber excluido otros trastornos o problemas que puedan estar justificando plenamente la sintomatología observada. Para este propósito podremos hacer uso de los criterios del DSM-IV-TR o la descripción sintomática de la CIE-10.

Para la recogida de síntomas, deberá recogerse una completa anamnesis, a ser posible en presencia de ambos padres, e, indudablemente, con un interrogatorio al propio paciente, que con independencia de la edad, nos podrá definir directa o indirectamente sus problemas, autoestima, relaciones sociales... No debe obviarse un examen físico-neurológico completo. Según diferentes trabajos y nuestra propia experiencia, la tercera parte de los casos diagnosticados de TDA/H son sintomáticos, es decir, esconden una etiología precisa (patología perinatal, trastornos neurocutáneos...) que pueden asociarse a un pronóstico radicalmente diferente al TDA/H idiopático o familiar. Es imprescindible la recogida de datos de la escuela. La información escolar suele ser más objetiva que la de la propia familia.

Existen escalas muy recomendables (Conners, SNAP...), tanto para la recogida estructurada de síntomas del TDA/H en la escuela como en el ámbito familiar. Es trascendental que todo médico entienda que estas escalas son de apoyo, y nunca diagnósticas en sí mismas.

Es igualmente imprescindible la valoración y evaluación de la sintomatología comórbida. En la adolescencia, la patología asociada puede ser incluso más severa que el propio TDA/H y requerir un tratamiento más urgente y contundente.

Otras pruebas o exámenes, como el estudio analítico con hormonas tiroideas, estudios neurofisiológicos o neurorradiológicos, no están indicadas de rutina. Sin embargo, el

conocimiento de los perfiles cognitivos, capacidades atencionales, habilidades lecto-escritoras..., desde el punto de vista neuropsicológico, son muy aconsejables; para realizar esta valoración se puede solicitar la ayuda de los gabinetes de orientación escolar, los psicólogos de área de salud correspondientes, los equipos que colaboran con las asociaciones de padres..., debiéndose buscar la mayor profesionalización de los facultativos que vayan a realizar esta evaluación.

El paso diagnóstico del TDA/H en el adolescente tiene dificultades implícitas a la edad y ambiente familiar-escolar; la sintomatología propia del TDA/H y su repercusión funcional van mejorando con los años en un elevado porcentaje de casos; los criterios diagnósticos están ajustados a la edad pediátrica; las escalas de TDA/H para adolescentes y adultos están generalmente adaptadas desde las utilizadas en la infancia; la colaboración de las escuelas es más compleja en el ciclo de Secundaria que en el correspondiente a Primaria; la comorbilidad del TDA/H es superior en el adolescente; los desajustes en la dinámica o funcionamiento familiar del adolescente no diagnosticado son globalmente mayores; los propios pacientes adoptan una actitud pasiva y tienden a colaborar menos, tanto en el diagnóstico, como en el apartado terapéutico.

MEDIDAS TERAPÉUTICAS DEL TDA/H EN EL ADOLESCENTE

Antes de iniciar cualquier medida terapéutica, es obligado informar a la familia e, indudablemente, al propio paciente (más aún cuando se trate de un adolescente) sobre el diagnóstico y sus consecuencias evitando, tanto el proteccionismo, como el dramatismo. Es necesario conformar un plan compuesto por diferentes objetivos a corto y medio plazo, en el que deben implicarse, tanto la familia como el paciente. Igualmente, la familia deberá informar a la escuela del diagnóstico y, bien ella misma o los profesionales clínicos, deberán comunicar sobre las medidas más recomendables a tomar en el ámbito escolar.

Una vez dado este paso, deberá plantearse de forma individualizada el tratamiento médico.

Desde el punto de vista farmacológico, los dos únicos tratamientos específicos para el TDA/H son el metilfenidato (Mph) y la atomoxetina, fármaco de próxima incorpo-

ración en nuestro país. Dada la no disponibilidad del segundo y las características del curso-taller, centraremos la atención en el metilfenidato, tratamiento de elección para el TDA/H puro en el momento actual. El Mph ha demostrado ser eficaz en la reducción sintomática de estos pacientes mejorando, consecuentemente, el comportamiento, las relaciones sociales y los rendimientos académicos a corto y medio plazos. La eficacia del Mph es similar en niños y adolescentes. En nuestra propia experiencia, un 65-70% de los adolescentes van a mejorar su conducta y rendimiento a corto plazo, un 20-25% tendrán una mejora sintomática sin beneficio curricular, y un 5-10% no mostrarán mejora alguna o no lo tolerarán. Estos datos coinciden con los observados en población preadolescente según nuestros datos.

En nuestro país, existen dos formas de liberación del Mph, de liberación inmediata (Mph-I) y de liberación osmótica (Mph-O), comercializados con los nombres de Rubifen y Concerta, respectivamente. El primero aporta la ventaja de un menor precio, ajuste de dosis más cómodo al poder fraccionarse el comprimido, y mejor repercusión en el apetito o sueño; como inconvenientes, duración de efecto corto, lo que exige tres dosis diarias, con tomas escolares, posibilidad de mal cumplimiento terapéutico y efecto "inestable" a lo largo de la jornada. El segundo aporta la ventaja de un efecto prolongado con una dosis única a la mañana, por lo que evita tomas escolares, favorece el cumplimiento terapéutico y aporta más estabilidad clínica; como inconvenientes, tiene un precio más elevado, no se puede partir el comprimido, por lo que precisa que sea tragado, los ajustes de dosis son escalonados y puede repercutir en el apetito del mediodía y; en algunos casos, en el inicio del sueño. Estos inconvenientes justifican rara vez la retirada o sustitución del tratamiento. Según un estudio recientemente realizado en nuestro servicio en 144 pacientes, el Mph-Osm mostró una mayor eficacia según la familia y la satisfacción de los padres fue superior respecto al Mph-I, si bien, la mayor parte de los pacientes que estaban bajo tratamiento con Mph-I recibían dos tomas de Mph-I diariamente.

PRONÓSTICO DEL TDA/H

Los estudios pronósticos sobre el TDA/H en la adolescencia y edad adulta se basan en población clínica, y en gru-

pos con TDA/H subtipo combinado. En estos pacientes, la mejora sintomática y funcional a lo largo de la adolescencia es lo más frecuente. Los factores pronósticos más importantes en el TDA/H en este grupo etario son el nivel socioeconómico, la capacidad cognoscitiva del paciente, la presencia de dificultades sociales marcadas, agresividad o problemas de conducta, la presencia de psicopatología en los padres y un mal funcionamiento familiar.

CONCLUSIONES

El TDA/H es un trastorno sintomáticamente crónico y evolutivamente cambiante, con una persistencia en la adolescencia superior al 70%, con unas características clínicas, diagnósticas y terapéuticas específicas de la edad. El conocimiento y reconocimiento por parte de especialistas implicados en el seguimiento de pacientes durante la adolescencia es una condición médica indispensable ya que, a pesar de la edad, un diagnóstico anticipado y un tratamiento adecuado han demostrado mejorar los comportamientos y rendimientos, tanto sociales como escolares, en estos adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rappley MD. Clinical practice. Attention deficit-hyperactivity disorder. *N Engl J Med* 2005; 352: 165-73.
2. Soutullo C. Diagnóstico y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Med Clin (Barc)* 2003; 120: 222-6.
3. Fernández-Jaén A, Calleja-Pérez B, Díez-Láinez MM. Un niño con hiperactividad y déficit de atención. *Med Integr* 2001; 3: 103-9.
4. World Health Organization. ICD-10. Classification of Mental and Behavioural Disorders, Clinical Description and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV-TR). Ed. 4 (Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
6. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990; 29: 546-57.
7. Cantwell D. Attention Deficit Disorder: A Review of the Past 10 Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 978-87.
8. Biederman J, Faraone S, Milberger S, Guite J, Mick E, Chen L, et al. A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit

- hyperactivity and related disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 437-46.
9. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock C, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria-III. Mother-child interactions, family conflicts and maternal psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 1991; 32: 233-55.
 10. Papazian O, Alfonso I, García V. Efecto de la discontinuación del metilfenidato al comienzo de la adolescencia sobre el trastorno por déficit de atención en la edad adulta. *Rev Neurol* 2002; 35: 24-8.
 11. MTA Cooperative Group. National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD Follow-up: 24-Month Outcomes of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics* 2004; 113: 754-61.
 12. Lora A. El tratamiento del niño y adolescente con TDAH en Atención Primaria desde el punto de vista de la evidencia. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006; 8: S69-S114.
 13. Schachter HM, Pham B, King J, Langford S, Moher D. How efficacious and safe is shortacting methylphenidate for the treatment of attention-deficit disorder in children and adolescents? A meta-analysis. *CMAJ* 2001; 165: 1475-88.
 14. Etxebarria XT, Fernández M. Tratamiento del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en Atención Primaria: tratamiento farmacológico con metilfenidato y opciones no farmacológicas. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006; 8: S39-S55.
 15. Mulas F, Mattos L, Hernández-Muela S, Gandía R. Actualización terapéutica en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: metilfenidato de liberación prolongada. *Rev Neurol* 2005; 40: S49-55.
 16. Faraone SV, Spencer T, Aleardi M, Pagano C, Biederman J. Meta-Analysis of the Efficacy of Methylphenidate for treating Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2004; 24: 24-9.
 17. Kutchner S, Aman M, Brooks S, Buitelaar J, van Daalen E, Fegert J, et al. International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions. *Eur Neuropsychopharmacol* 2004; 14: 11-28.
 18. Leonard BE, McCartan D, White J, King DJ. Methylphenidate: a review of its neuropharmacological, neuropsychological and adverse clinical effects. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2004; 19: 151-80.
 19. Modi NB, Lindemulder B, Gupta SK. Single- and multiple-dose pharmacokinetics of an oral once-a-day osmotic controlled-release OROS (methylphenidate HCl) formulation. *J Clin Pharmacol* 2000; 40: 379-88.
 20. Pelham WE, Gnagy EM, Burrows-McLean L, Williams A, Fabiano GA, Morrisey SM, et al. Once-a-day Concerta methylphenidate versus three-times-daily methylphenidate in laboratory and natural settings. *Pediatrics* 2001; 107: 1-15.
 21. Wolraich ML, Greenhill LL, Pelham W, Swanson J, Wilens T, Palumbo D, et al. Randomized, controlled trial of OROS methylphenidate once a day in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001; 2108 (4): 883-92.
 22. Swanson J, Gupta S, Lam A, Shoulson I, Lerner M, Modi N, et al. Development of a new once-a-day formulation of methylphenidate for the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder: proof-of-concept and proof-of-product studies. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 204-11.
 23. Swanson J, Greenhill L, Pelham W, Wilens T, Wolraich M, Abikoff H, et al. Initiating Concerta (OROS methylphenidate HCl) qd in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Clin Res* 2000; 3: 59-76.